

Programa de discapacidad
Documentación General

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - DATOS DEL BENEFICIARIO - FORMULARIO 2

Fecha: ____ / ____ / ____

*(La fecha de emisión debe ser anterior
al período solicitado)*

Apellido y nombre: _____ N° de Beneficiario: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐Indicar género según su DNI: F ☐ M ☐ X (no binario) ☐

Diagnóstico de la patología discapacitante

Indicar resumen del paciente

Justificación de los tratamientos

Indicar todas las terapias que se solicitarán para plan anual

Firma y sello del médico/a tratante